

1015

DES DÉCHIRURES OBSTÉTRICALES RÉCENTES
COMPLÈTES COMPLIQUÉES DU PÉRINÉE, AVEC
MENTION SPÉCIALE D'ÉTIOPATHOGÉNIE ET
D'UNE TECHNIQUE DÉTAILLÉE
DE RÉPARATION IMMÉDIATE

.....

Thèse n° 1.015 pour le Doctorat en Médecine (Diplôme d'État)
par Bernard, Pierre, Simon, HUCHET né le 4 Décembre 1927
à Merlebach (Moselle). — (Externe des Hôpitaux de Paris)

.....

Présentée et soutenue publiquement le : 24 Novembre 1955

.....

Président : Monsieur le Professeur LANTUEJOUL

.....

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

NOM du Candidat : H U C H E T

Prénoms : Bernard, Pierre, Simon

Date de la soutenance : 24 Novembre 1955

NUMERO D'ORDRE : 1.015

HUCHET (Bernard, Pierre, Simon) - Des déchirures obstétricales récentes complètes compliquées du périnée avec mention spéciale d'étiopathogénie et d'une technique détaillée de réparation immédiate- PARIS- 1956, in 8, 45 p. (Thèse méd. PARIS 1955, n° 1015).

HUCHET (Bernard, Pierre, Simon) - Des déchirures obstétricales récentes complètes compliquées du périnée avec mention spéciale d'étiopathogénie et d'une technique détaillée de réparation immédiate- PARIS- 1956, in 8, 45 p. (Thèse méd. PARIS 1955, n° 1015).

HUCHET (Bernard, Pierre, Simon) - Des déchirures obstétricales récentes complètes compliquées du périnée avec mention spéciale d'étiopathogénie et d'une technique détaillée de réparation immédiate - PARIS-1956 , in 8, 45 p. (Thèse méd. PARIS 1955, n° 1015) .

HUCHET (Bernard, Pierre Simon) - Des déchirures obstétricales récentes complètes compliquées du périnée avec mention spéciale d'étiopathogénie et d'une technique détaillée de réparation immédiate - PARIS-1956, in 8, 45 p. (Thèse méd. PARIS 1955, n° 1015).



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547107_0030

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1955

N° 1.015

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

par

Bernard, Pierre, Simon HUCHET

Né le 4 Décembre 1927 à Merlebach (Moselle)

Externe des Hôpitaux de Paris

-:-

Présentée et soutenue publiquement le : 24 Novembre 1955

- : : -

DES DECHIRURES OBSTETRIQUES RECENTES COMPLETES COMPLIQUEES DU PERINEE,
AVEC MENTION SPECIALE D'ETIOPATHOGENIE ET D'UNE TECHNIQUE
DETAILLÉE DE REPARATION IMMEDIATE

-:-

Président : Monsieur L A N T U E J O U L (Professeur)

- : -



DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOUIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOUIN, BRINDEAU, CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHEVASSU, DELBET, GUILLAIN, HARVIER, LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MULON, OLIVIER, OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

MM.

Anatomie	CORDIER (G)
Anatomie pathologique	DELARUE (R)
Bactériologie	GASTINEL (P)
Biologie appliquée à l'Eduction physique et (aux Sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	VERNE (J)
Cancérologie médicale et sociale	HUGUENIN (R)
Carcinologie	OBERLING (C)
Chimie médicale	N....
(Hôtel-Dieu	BROCQ (P)
(Broussais	de GAUDART d'ALLAINES (F)
Cliniques chirurgicales (Salpêtrière	MONDOR (H)
(Cochin	QUENU (J)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopé- (dique	MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique de cardiologie	MOUQUIN (M)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédie	FEVRE (M)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R)
Clinique de la tuberculose	BERNARD (E)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D)
Clinique de puériculture	LELONG (M)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T)
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encé- (phale	DELAY (J)
Clinique du diabète sucré et des maladies de (la nutrition	BOULIN (R)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P)

		MM.
	{ Hôtel-Dieu	BENARD (H)
	{ Bichat	LAROCHE (G)
Cliniques médicales	{ Cochin	MOREAU (R)
	{ Broussais	de GENNES (L)
Clinique médicale d'hydro-climatologie théra-	(peutique	JUSTIN-BESANÇON (L)
Clinique médicale propédeutique		PASTEUR VALLERY-RADOT
	{ Tarnier	LANTUEJOUL (P)
Cliniques obstétricales	{ Baudelocque	LEVY-SOLAL (E)
	{ Port-Royal	LACOMME (M)
Clinique ophtalmologique		VELTER (E)
Clinique oto-rhino-laryngologique		AUBIN (A)
Clinique physio-pathologique des problèmes ali-	(mentaires	RICHET (C)
	(Chaire à titre personnel)	
Clinique psychiatrique infantile		HEUYER (C)
Clinique rhumatologique et sociale		COSTE (F)
Clinique stomatologique		DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique chirurgicale		SENEQUE (J)
Clinique thérapeutique médicale		LEMAIRE (A)
Clinique urologique		FEY (B)
Embryologie		GIROUD (A)
Génétique		LAMY (M)
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie		N...
Histologie		CHAMPY (C)
Hygiène et Clinique de la première enfance		CATHALA (J)
Hygiène et médecine préventive		JOANNON (C)
Médecine du travail		DESOILLE (H)
Médecine Légale		PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..		GALLIARD (H)
Pathologie chirurgicale		MENEGAUX (G)
Pathologie exotique		LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée		LENEGRE (J)
Pathologie humorale et Immunologie expérimentale		MERKLEN (P)
Pathologie médicale		BARIETY (M)
Pathologie et thérapeutique générales		GARCIN (R)
Pédiatrie sociale		MARIE (J)
Pharmacologie et matière médicale		HAZARD (R)
Physiologie		BINET (L)
Physico-chimie médicale		DOGNON (A)
	(chaire à titre personnel)	
Physique médicale		STROHL (A)
Radiologie médicale		DESGREZ (H)
Technique chirurgicale		MOULONGUET (P)
Thérapeutique		TURPIN (R)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE

MAITRES DE CONFERENCES- AGREGES et AGREGES

		MM.
Anatomie	{	N...
	{	DEBEYRE (J)
	{	DELMAS (A) Pr s ch
Anatomie pathologique	{	N...
	{	GAUTHIER VILLARS (Melle P)
	{	Pr s ch
	{	BUSSET (F)
	{	GOUYGOU (C)
Bactériologie	{	FASQUELLE (R)
	{	NEVOT (A)
Biologie médicale	{	BOURLIERE (F)
	{	ETTORI (J) Pr s ch
Chimie médicale	{	JAYLE (M F) Pr s ch
	{	SCHAPIRA (G)
Dermato-syphiligraphie	{	DUPERRAT (F)
	{	BULLIARD (H) Pr s ch
Histologie	{	COUJARD (R)
	{	N...
Hydrologie	{	DEBRAY (C)
Hygiène	{	BOYER (J)
	{	DEPARIS (M) Pr s ch
	{	DEROBERT (L) Pr s ch
Médecine légale et du Travail	{	GAULTIER (J)
	{	HADENGUE (A)
Neurochirurgie	{	DAVID (M)
Neurologie	{	SEZE (S de)
	{	GRASSET (J)
	{	LEPAGE (F)
	{	MAYER (M)
Obstétrique	{	MERGER (R)
	{	MORIN (P)
	{	RAVINA (J)
	{	VARANGOT (J)
Ophtalmologie	{	OFFRET (G)
	{	DESVIGNES (P)
	{	HALPHEN (E) Pr s ch
Oto-rhino-laryngologie	{	AUBRY (M)
	{	MADURO (R)
	{	BRUMPT (L)
Parasitologie	{	CHABAUD (A)
Parasitologie coloniale	{	ABOULKER (P)
Pathologie chirurgicale	{	BAUMANN (J)
	{	GOSSET (J)

MM.

Pathologie chirurgicale	{	HUGUIER (J)
		LAURENCE (G)
		LEGER (L)
		LORTAT-JACOB (J)
		OLIVIER (Cl)
		PADOVANI (P)
		POILLEUX (M)
		ROUX (M)
		RUDLER (J C)
		VERNE (J M)
Pathologie médicale	{	BERNARD (J)
		DOUDIN (G)
		CASTAIGNE (P)
		CONTE (M)
		DECOURT (J)
		DOMART (A)
		DREYFUS (Gilbert)
		FAUVERT (R)
		HAMBURGER (J)
		KOURILSKY (R)
Pédiatrie	{	LAMOTTE (M)
		LAROCHE (G)
		MILLIEZ (P)
		PEQUIGNOT (H)
		PERRAULT (M)
		RAMBERT (P)
		THIEFFRY (S)
		TURIAF (J)
		JOSEPH (R)
		LAPLANE (R)
Pharmacologie	{	LEVY (Melle) Pr s ch
		CHEYMOL (J H) Pr s ch
		BARGETON (D) Pr s ch
		PAFROT (J L)
		DJOURNO (A) Pr s ch
		GOUGEROT (L)
		KREIS (B)
		BARUK (H)
		MICHAUX (L)
		CERNEA (P)
Physiologie	{	CHAPUT (Mme A)
		PERRAULT (Chargé d'ens.)
		KUSS (R)
		JUDET (R)
Physique médicale	{	
Pneumo- phtisiologie	{	
Psychiatrie	{	
Psychiatrie infantile	{	
Stomatologie	{	
Thérapeutique	{	
Urologie	{	
Orthopédie	{	

III.- PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES

RAPPELES à l'EXERCICE

(pour le service des examens)

MM. BRINDEAU (A) (Obstétrique), GATELIER (J) (Clinique chirurgicale),
LE LORIER (V) (Obstétrique), VAUDESCAL (R) (Obstétrique).

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES

CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE.

à titre permanent.

MM.

Clinique chirurgicale	(AMELINE (A)
	(PATEL (J)
	(SICARD (A)
	(BROUET (G)
Clinique médicale	(CACHERA (R)
	(HAGUENEAU (M) Pr s ch
	(MARCHAL (C)
	(SOULIE (E)
Clinique obstétricale	ECALLE (G)
Clinique ophtalmologique	RENARD (G)
Clinique urologique	COUVELAIRE (R)

- : -

Secrétaire Général de la Faculté	M. MOREL (J)
Secrétaire	Melle CHAINTREUIL (G)

- : -

Bibliothécaire en Chef	Docteur HAHN (A)
Conservateur	Melle GOICHON
	(Melles DUMAITRE (P)
	(LE NOIR (G)
Bibliothécaires	(METIN (F)
	(QUIEVREUX (E)

- : -

Par délibération, en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

- : -

A ceux qui,

en souvenir de mon Père,

m'ont aidé à accomplir mes études.

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur LANTUEJOUL,

Professeur de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris,

Membre de l'Académie Nationale de
Médecine,

Officier de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de
cette thèse,

Qu'il trouve ici l'expression de
notre respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Agrégé J. RAVINA

Chevalier de la Légion d'Honneur
Chef de Service de la Maternité de l'Hôpital
Lariboisière ,

En témoignage de ma gratitude
pour l'enseignement qu'il m'a
prodigué.

A Monsieur le Docteur René MUSSET,

Gynécologue- Accoucheur des Hôpitaux de Paris

Qui m'a inspiré le sujet de cette
thèse et m'a constamment guidé
dans l'accomplissement de ce
travail.

Qu'il trouve ici l'expression de
mon admiration et de ma
reconnaissance.

A Monsieur le Docteur COTTRELL

Avec toute ma sympathie.

A mes Maîtres des Hôpitaux de Paris,

Monsieur le Professeur Agrégé GRASSET,
Monsieur le Professeur Agrégé ROBEY,

Gynécologues-Accoucheurs des Hôpitaux de Paris

Monsieur le Docteur AUROUSSEAU

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Monsieur le Docteur LAYANI

Médecin des Hôpitaux de Paris

Monsieur le Docteur NETTER

Médecin des Hôpitaux de Paris.

DES DECHIRURES OBSTETRICALES RECENTES COMPLETES COMPLIQUEES
DU PERINEE, AVEC MENTION SPECIALE D'ETIOPATHOGENIE
ET d'UNE TECHNIQUE DETAILLEE
DE REPARATION IMMEDIATE

I N T R O D U C T I O N

A l'instigation du Docteur René MUSSET, nous nous sommes efforcés d'entreprendre dans le service de M. le Professeur agrégé J. RAVINA, l'étude des déchirures complètes compliquées récentes du périnée.

Au cours de ce travail, nous nous sommes assignés les deux objectifs principaux :

1°)- d'attirer l'attention des obstétriciens sur l'existence de prédispositions anatomiques congénitales du périnée, en général très peu apparentes pour le clinicien non averti et qui cependant facilitent grandement et rendent même parfois peu évitable l'apparition de lésions graves.

2°)- de définir une technique de réparation immédiate qui, d'une manière pratiquement constante, apporte des résultats excellents au triple point de vue fonctionnel, esthétique et anatomique.

../..

HISTORIQUE

Quatre périodes doivent être distinguées dans l'historique des déchirures obstétricales complètes du périnée.

Elles concernent :

- les travaux des vieux auteurs
- les travaux du 19^{ème} siècle
- les travaux modernes
- les derniers perfectionnements actuels.

I.- CELSE, un des premiers, parla de déchirures autour de la vulve et en recommanda le traitement par repos absolu et rapprochement des membres inférieurs avec des liens.

Mais il fallut arriver au 12^{ème} siècle pour que TROTULA indiquât la suture comme traitement de cette lésion ainsi que du prolapsus utérin qui peut en être la conséquence.

Au 16^{ème} siècle, Ambroise PARE évoqua également la suture qu'il conseilla pour les déchirures récentes (ch. 38 de son 18^{ème} livre " de la génération ").

Mais en réalité, c'est à GUILLEMEAU, son élève, que revint l'honneur d'avoir conçu le premier la périnéorraphie et d'en avoir donné une description exacte.

Sa première tentative correspondit cependant à une suture secondaire car elle se fit sur une femme accouchée de 6 semaines : " avivant au bistouri les tissus bourgeonnants, il rapprocha les lèvres de la plaie par une suture entortillée " - (Oeuvre de chirurgien- ROUEN- 1649).

Dans la deuxième moitié du XVII^{ème} siècle, Cosme VIARDEL renouvela l'opération et pratiqua pour une rupture complète au troisième jour, une suture à surjet (1671).

En 1702, DE LA MOTHE appelé auprès d'une femme accouchée depuis 4 jours, constata une rupture compliquée du périnée : " je lui fis aussitôt 3 points d'aiguille, un dans le vagin et l'intestin, l'autre à l'extrémité de l'anus, le troisième à la fourchette. Je ne retournai voir cette femme que deux fois en 10 jours , elle se trouva si parfaitement guérie que j'ôtai le fil qui servait à ces points ".

.../...

DE LA MOTHE & MURICEAU, les deux grands accoucheurs français du 18^{ème} siècle, traitèrent de la périnéographie dans leurs ouvrages respectifs :

{ traité d'accouchement Paris 1721- p. 197 }
" " " " 1740- p. 401 }

qu'ils ne semblèrent pas avoir pratiquée d'une façon systématique.

En 1794, NOEL (de REIMS) traita avec succès une déchirure complète par deux points de suture entortillée , l'un en avant, l'autre en arrière.

4 ans plus tard, SAUCEROTTE eut recours à la suture en surjet.

En réalité, à la lecture des vieux livres et des vieilles observations, on se rend bien compte que le seul souci des accoucheurs était l'extraction à tout prix des foetus - les lésions périnéales passant bien à l'arrière-plan des préoccupations et leur guérison étant abandonnée aux seules lois de la nature.

La fréquence des lésions relatées par de nombreux écrivains, BRANTOME par exemple, entraînait de grandes incommodités qui rendaient compte en partie de la déchéance si précoce des femmes à l'époque et de l'absence d'attraits où on les tenait encore au Grand Siècle, passé l'âge de 20 ans.

II.- Ce n'est qu'au XIX^{ème} siècle que la restauration périnéale entra dans le domaine des opérations courantes.

On ne distingua plus l'indication de l'opération jugée indispensable, mais on se demanda quel était le moment de choix pour intervenir.

En Allemagne, DIEFFENBACH, qui par ailleurs fut le promoteur d'une méthode de réparation tardive, combinant avivement et incisions libératrices (Die operative chirurgie- 1845), publia en 1829 un procédé de réparation immédiate consistant à :

- 1° - vider l'intestin avant l'accouchement
 - 2° - opérer immédiatement après l'accouchement
 - 3° - ne pas abandonner la rupture à la nature
 - 4° - faire 3 à 5 points de suture selon la gravité de l'accident.
- On doit passer en commençant du côté de l'anus et appliquer le 1er point à l'angle même de l'anus quand le sphincter est déchiré.

En France, jusqu'à ROUX, les essais furent rares et ne donnèrent que des insuccès.

Citons toutefois MOULIN, en 1828, qui proposa une pince destinée à rapprocher les bords de la déchirure.

Le procédé de ROUX consistait en une suture enchevillée dans le but de favoriser le rapprochement et le contact des parties les plus profondes. Il permit à ROUX de réunir des plaies plus larges que celles que l'on n'osait fermer avant lui.

ROUX, qui en 1834, lut un Mémoire sur la question à l'Académie des Sciences, était en fait partisan de la suture tardive : " lorsque la femme est relevée de couches ".

Si quelques auteurs étrangers :

FREUND à STUTTGART
SIMSON à EDIMBOURG
EMMET aux U.S.A.

étaient partisans de la périnéorrhaphie immédiate, on assista au cours de ce 19ème siècle et au début du 20 ème, à l'éclosion de toute une série de techniques opératoires qui sont, en fait, toutes, des techniques de réparation tardive.

En 1853, la périnéo synthèse de :

LANGENBECK (avivement + dédoublement)
suivi par DEMARQUAY
LE FORT
SIMON
HEGAR

En 1855, MARION SIMS aux U.S.A. faisait un large avivement, employait des fils métalliques qu'il suturait en un plan - procédé repris et perfectionné par EMMET en 1873 qui mit un soin particulier à suturer le sphincter - dernier procédé introduit en France par Jude HUE de ROUEN en 1876.

En 1887, LAWSON TAIT réduisit l'opération à un dédoublement rapide suivi de quelques points de suture.

ZIEGENSPECK enfin (en 1889 à MUNICH) paraît être le premier à avoir pratiqué la myorrhaphie des releveurs.

En France, c'est en 1885 seulement que DOLERIS put reprendre l'idée d'une périnéorrhaphie immédiate et la défendre. " Les accoucheurs français la repoussent, car, disent-ils, on a vu la réunion spontanée se faire et, d'autre part, la périnéorrhaphie immédiate ne pas réussir "... Il ne faut pas attendre, comme faisaient autrefois TARNIER et CAZAUX, la cicatrisation de la plaie en immobilisant la malade.

../..

DOLERIS proposait un procédé simple : la suture au catgut en surjet, à 11 étages superposés, faite en s'efforçant de rétablir la continuité des parties telle qu'elle était auparavant, en profitant de l'avivement naturel constitué par la plaie, de quelque étendue qu'elle soit. D'autre part disait-il, la suture du sphincter est plus facile et parfaite, lors des périnéorraphies immédiates.

MICHEL proposa à la suite l'emploi de serrefines et d'agrafes.

On voit donc qu'au 19^{ème} siècle de nombreux procédés opératoires étaient préconisés. Leur description et l'évolution des tendances s'explique en fait par les découvertes de PASTEUR qui, seules^{en} ont permis le développement et la pratique. Cependant, malgré les procédés antiseptiques, les dé-sunions secondaires demeurent fréquentes et la crainte de l'infection, faisaient encore discuter les 3 procédés :

- périnéorraphie primitive immédiate
- périnéorraphie secondaire précoce
(NELATON en était le grand partisan, il attendait 6 ou 7 jours pour opérer)
- périnéorraphie tardive

tant et si bien qu'HEGAR, encore au début du 20^{ème} siècle contestait la possibilité d'une guérison par première intention d'une suture périnéale.

BUDIN, dans sa thèse d'agrégation, était plus nuancé. Tenant compte des conditions dans lesquelles les déchirures s'étaient produites :

Il réparait immédiatement

- les déchirures observées après forceps, ou survenant lorsque le foetus a été expulsé rapidement.

Il réparait secondairement

- les déchirures survenues lorsque la tête du foetus a séjourné longtemps dans l'excavation pelvienne et sur le plancher périnéal, les tissus étant contus et ayant tendance à se mortifier.

Ceci nous explique la floraison des techniques de réparation tardive faite après cicatrisation spontanée.

III.- Les travaux modernes débutent avec BAR & BRINDEAU (pratique de l'art des accouchements- 1907) pour qui la réparation de la déchirure comprend trois temps :

- I°- suture du haut en bas de la paroi du rectum jusqu'à l'anus par des points séparés au catgut.

2° - réunion de la lésion de la paroi vaginale,

3° - la restauration du périnée.

Les opinions de BRINDEAU évoluèrent ensuite puisque ce même auteur en 1927 critiqua les sutures perforantes du rectum qui, selon lui, favorisaient l'infection et la désunion de la plaie.

- Pour la déchirure rectale, il se servait d'une aiguille fine armée de catgut, et il plaçait les fils du vagin vers le rectum de façon à ce que l'aiguille ne traverse pas la muqueuse, et nouait les fils du côté du vagin.

- Il réparait le sphincter avec du catgut fin.

- puis il utilisait :

- soit le procédé d'EMMET : " grande aiguille courbe d'EMMET ou de DOYEN (crin ou fil d'argent) qui rapproche les tissus dans toute leur épaisseur ",

- soit une suture en 2 plans : un plan profond avec un surjet au catgut, et un plan superficiel aux crins.

Un procédé différent et original est celui de l'abaissement rectal qui a été introduit par POZZI et JAYLE (1907).

Ces auteurs dédoublaient la cloison recto-vaginale sur une hauteur leur permettant d'abaisser le sommet de la déchirure rectale à la marge de l'anus : ceci pour éviter l'infection par voie rectale.

Pour maintenir la muqueuse rectale abaissée, ils l'affrontaient par un très grand nombre de sutures (au crin de FLORENCE) autour de la marge de l'anus, pratiquant au-dessus la réfection périnéale.

A l'expérience, cette méthode se révéla pleine d'écueils et d'échecs et J. RAVINA critiqua l'abaissement du rectum.

" C'est une méthode, dit-il, théoriquement satisfaisante. En effet, les échecs opératoires de la grande majorité des cas sont consécutifs à l'infection périnéale qui vient de la plaie rectale, et en extériorisant la déchirure rectale, on supprime l'infection et la désunion qui en résulte. En pratique, cette opération n'est pas toujours facile à réaliser de façon satisfaisante ; en effet il faut, pour descendre suffisamment la paroi antérieure du rectum, faire un décollement recto-vaginal. Facile en avant, il doit être complété vers les faces latérales, sans cela le rectum ne descend pas assez, il tend à remonter. Or ce décollement rectal risque d'être une cause de désunion ultérieure soit par infection, soit par hématome .

" Enfin, parfois le rectum ne descend pas facilement, la paroi antérieure fixée à la marge de l'anوس reconstituée tire fortement sur les points de la suture cutanéomuqueuse. Il n'est pas rare de voir ces points couper, même en dehors de toute infection, et la déchirure rectale revenir non suturée à sa place primitive. Dans ces cas, la vulve et la partie moyenne du périnée sont cicatrisées, mais l'anوس est largement ouvert au niveau de son bord inférieur, et le plus souvent la suture sphinctérienne n'a pas tenu ".

Ainsi RAVINA donna-t-il la préférence à une troisième méthode originale, décrite par CATHALA en 1933.

Cet auteur proposait la suture plan par plan, en utilisant des crins de Florence. Il rejetait l'emploi du catgut, soie ou lin, pour la suture des deux plaies de la lèvre rectale, ce matériel perméable formant mèche et favorisant l'infection et la désunion de la suture.

La suture du rectum se faisait par des crins de Florence qui transfixient la paroi rectale. Des crins sont successivement placés de haut en bas, distants de 1/2 cm les uns des autres. Leurs chefs sont noués, fortement serrés dans la cavité du rectum, et sectionnés au ras du noeud. La suture du périnée est faite aussi au crin de Florence.

Il ne pratique pas la suture directe du sphincter anal ni des releveurs de l'anوس. Ceux-ci sont simplement rapprochés par des crins qui prennent le plus de tissu possible. Le sphincter anal est suturé par des crins qui perforent la peau immédiatement au-dessus de l'orifice anal. Les crins sont enlevés dans les dix jours qui suivent l'opération, ceux du rectum coupent peu à peu la paroi rectale et s'éliminent spontanément.

IV.- La période actuelle, qui bénéficie des progrès de la chirurgie, de nouveaux matériaux de suture, et de la thérapeutique antibiotique, est caractérisée par la bénignité des déchirures périnéales complètes compliquées, lorsqu'elles sont convenablement traitées.

On peut dire que, pratiquement, seuls les auteurs américains se sont spécialement attachés à la question durant ces dernières années en réglant des techniques.

- James NULTY, qui rapporte 75 cas de déchirures complètes compliquées (1952)

- FULSHER & FEARL 37 cas (1955)

opèrent de la façon suivante :

- la réparation est commencée au sommet de la déchirure rectale, va jusqu'au sphincter anal, par des points séparés qui traversent Scléreuse, musculaire et sous-muqueuse du rectum, pour obtenir une inversion des lèvres de la plaie.

- une seconde couche de points séparés est placée au-dessus de la première, elle comprend le fascia périrectal et une partie du fascia de la cloison recto-vaginale. Cette seconde suture est menée à la marge de l'an us jusqu'à la peau du périnée.

Après cette séparation du mur rectal par 2 rangées de sutures sous-muqueuses, les bouts du sphincter sont identifiés, et l'épaisse couche aponévrotique périssphinctérienne, est rapprochée par des sutures discontinues.

Ils ne font pas de points de suture à l'intérieur même du muscle car ils produiraient, selon ces auteurs, un spasme douloureux du muscle.

Le reste de la réparation, de la muqueuse vaginale et du périnée, se fait en rapprochant les structures anatomiquement et sans faire de points serrés.

Ils recommandent enfin de ne pas mettre de points de suture dans la zone radiée de la marge de l'an us, étant donné toujours selon ces auteurs, la sensibilité de la région et le risque d'infection.

Le matériel utilisé, tout au long de la réparation, est du catgut chromé 00 ou 000.

De cette technique, il faut donc retenir :

Proscription des points perforants rectaux.

Absence de suture dans le corps musculaire du sphincter anal.

INGRAHAM, GARDNER & HEUSS (159 cas de déchirures complètes compliquées (1949)) s'inspirant de la technique de ROYSTON réparent eux aussi la déchirure rectale par deux couches superposées, sans faire de points perforants , mais contrairement aux premiers, ne font pas de points séparés mais un double surjet avec le même catgut 0 ou 00, qu'ils finissent à l'extrémité inférieure de la déchirure rectale par un noeud qui constituera le point de suture situé le plus bas de la peau périnéale.

KALTREIDER & DIXON (1948) sont toutefois partisans de points de suture séparés et perforant la muqueuse rectale, puisqu'ils nouent ceux-ci à l'intérieur du rectum.

A ces travaux, nous désirons apporter une contribution personnelle en soumettant une technique inspirée du procédé de CATHALA et du procédé de MOCQUOT, technique de réparation des déchirures récentes complètes compliquées du périnée, qui nous donne maintenant des résultats pratiquement constants et parfaits.

o

o o

../..

ETIOPATHOGENIE

De multiples notions rendent compte de l'étiopathogénie des déchirures complètes compliquées :

- certaines sont établies de longue date : nous les passerons en revue les premières ;

- d'autres plus récentes ont été exposées dernièrement : nous les envisagerons en second lieu ;

- enfin, nous désirons exprimer les opinions du Dr. René MUSSET, basées en partie sur des conceptions de M. le Professeur MOCQUOT.

Les notions classiques groupent des facteurs maternels, foetaux, et opératoires.

De tous les facteurs maternels la parité représente de loin l'élément à la fois le plus évident et le plus important.

Connu de longue date, ce fait est encore mieux établi par des statistiques récentes :

POHJALA trouve en effet sur 39 observations de périnées complètes compliquées 37 cas de primi parité. INGRAHAM, GARDNER & HEUSS constatent 148 cas de primi parité sur 159 observations, GOULESQUE 11 cas sur 15 et James MAC NULTY 61 cas sur 75.

Les lésions de déchirures complètes compliquées chez les multipares semblent apparaître surtout chez des femmes porteuses de lésions cicatricielles périnéales secondaires à des déchirures obstétricales antérieures plus ou moins bien réparées.

Un deuxième élément étiologique maternel important est apporté en effet par l'existence de certaines constitutions anormales du périnée, qu'il s'agisse de périnée anormalement friable, de périnée mal étoffé ou de périnée très résistant.

Les périnées anormalement friables sont les périnées oedematiées des albuminuriques ou des femmes dont le travail se prolonge anormalement; les périnées surchargés de graisse des obèses, les périnées infectés des femmes porteuses de végétations vénériennes.

Les périnéés minces et mal étoffés s'observent chez les femmes atteintes d'hypoplasie génitale. Il s'agit de malades qui souffrent fréquemment de dyspareunie primaire et chez lesquelles on constate un défaut de développement global du périnée, de la vulve dont les grandes et petites lèvres sont peu développées, le clitoris petit, l'orifice vaginal anormalement étroit, le vagin étant lui-même étriqué avec des culs de sacs peu profonds.

Les périnéés trop longs ou trop résistants sont ceux des sportives, des primipares âgées, et des porteuses de cicatrices.

Les résistances cicatricielles se voient électivement dans les suites de périnéorraphies chirurgicales, lorsque la suture des releveurs et la résection de la paroi vaginale postérieure ont été trop poussées. La suture des releveurs avec des fils non résorbables (crins ou nylon) semble particulièrement dangereuse car la déchirure, dans ce cas, se produit très brutalement.

Rapprochons-en les réparations plus ou moins réussies de lésions périnéales obstétricales antérieures. L'existence de brides cicatricielles muqueuses du vagin, qui se rompent brutalement, rend compte parfois de la production brutale, lors de l'expulsion, de déchirures complètes compliquées.

Les déformations du bassin constituent également un facteur étiologique maternel classique et important :

- qu'il s'agisse de périnéés trop tendus entre des branches ischio-pubiennes anormalement écartées comme c'est le cas dans le bassin de la luxation congénitale surtout bilatérale.

- qu'il s'agisse au contraire de périnéés étriqués, atteints de troubles trophiques secondaires, comme c'est le cas dans les bassins cyphotiques ou coxalgiques.

Ces notions sont trop connues pour que nous nous y étendions davantage. En revanche, nous désirons attirer l'attention sur les prédispositions aux déchirures graves apportées par une antéversion pelvienne exagérée. C'est là un facteur sur lequel nous reviendrons plus loin.

A côté des facteurs maternels, les facteurs foetaux paraissent, de prime abord, représenter des éléments étiologiques majeurs et évidents.

En cas d'excès de volume du fœtus :

- les déchirures peuvent se produire lors du passage de la tête ou bien n'être amorcées qu'à ce moment pour se compléter au passage de l'épaule ou du coude postérieurs.

- les positions de dégagement en occipito-sacrée, Face- Front- Tête dernière représentent aussi classiquement des causes majeures de périnéés complets compliqués.

Ainsi, lors du dégagement en occipito-sacrée, l'occiput attaque le périnée trop en arrière, la plus grosse partie foetale se trouve en arrière, la tête est incomplètement fléchie offrant ainsi des diamètres plus grands que normalement, enfin lorsque l'occiput franchit l'anneau vulvaire, le dégagement se produit toujours avec une très grande brusquerie.

Dans la présentation du siège, la tête dernière doit souvent être extraite rapidement, alors qu'elle n'a pas subi de modelage progressif, et que les parties molles ont été insuffisamment distendues lors de l'expulsion du siège.

En réalité, nous verrons que ces notions en apparence très logiques sont fortement controversées actuellement.

- les facteurs opératoires interviennent d'une façon considérable et nous citerons BAR et BRINDEAU qui affirment que :

" toutes les interventions obstétricales prédisposent aux déchirures du périnée, la plus dangereuse à ce point de vue étant l'application du forceps ".

Il est de fait que l'application de forceps est particulièrement traumatisante car elle réalise une distension du périnée trop rapide et trop précoce alors même que les branches du forceps peuvent léser directement les tissus.

La faute de technique ajoute encore au traumatisme : par exemple dégagement trop rapide de la tête ou dégagement en oblique.

Toutes les statistiques récentes s'accordent d'ailleurs pour signaler le danger du forceps.

INGRAHAM, GARDNER, HEUSS, relatent en effet 131 applications de forceps sur 159 cas de périnées complètes compliquées.

NULTY	en signale 62 pour 75 cas.
FULSCHER et FEARL	, 33 pour 37 cas.
GOULESQUE	, 10 sur 15
POHJALA	, 11 sur 39

Tous ces différents facteurs : maternels, foetaux, opératoires, peuvent d'ailleurs s'associer, qu'il s'agisse par exemple d'une application de forceps sur occipito sacrée chez une primipare, ou d'une application de forceps chez une femme atteinte d'hypoplasie génitale.

De tels exemples peuvent se multiplier de diverses manières.

- les notions récentes.

semblent battre en brèche certaines opinions classiques surtout en ce qui concerne l'importance des facteurs foetaux.

Les travaux que nous avons déjà cités et qui portent sur un nombre important d'observations s'ils mettent encore l'accent, nous l'avons vu, sur le rôle étiologique primordial de la primiparité et des manoeuvres obstétricales, application de forceps surtout, semblent prouver en revanche que le poids et la position du fœtus n'interviennent guère.

INGRAHAM, GARDNER et HEUSS constatent en effet que dans les 159 cas qu'ils ont étudiés, le poids moyen du fœtus était de 3.200, alors qu'au contraire le poids moyen des enfants extraits durant la même période sans traumatisme périnéal important était de 3.400.

Nous reviendrons plus loin sur cette conception qui nous paraît correspondre effectivement à la réalité et dont nous pensons connaître la cause.

De même la variété de positions semble de peu d'importance et les statistiques comparées de INGRAHAM, GARDNER, HEUSS, de WILLIAMS et celle de DE LEE semblent à ce sujet très démonstratives.

<u>Nombre total des Accts.</u>	: <u>INGRAHAM</u> ,	: <u>WILLIAMS</u>	: <u>DELEE</u>
	: <u>GARDNER & HEUSS</u>	: <u>" Traité d'obstétrique "</u>	: <u>" Principe et pratique de l'obstétrique "</u> .
	:	:	:
Nbre total des Accts.	: 159	: 6.877	: 35.179
	:	:	:
O.A.G.	: 46 %	: 54 %	: 52,7
	:	:	:
O.A.D.	: 28	: 25	:
	:	:	:
O.P.G.	: 3,1	: 9	:
	:	:	:
O.P.D.	: 7,5	: 12	:
	:	:	:
Siège	: 3,8	: 3,9	: 4,2
	:	:	:
Face	: 0,6	: 0,6	: 0,33
	:	:	:

Ces auteurs insistent en revanche sur l'importance du travail prolongé créant des oedèmes périnéaux qui en augmentent la friabilité.

Dans la statistique de INGRAHAM, GARDNER, HEUSS 31 femmes, soit 19,5% des malades étaient demeurées en travail au-delà de 24 heures.

D'autre part, ces mêmes auteurs ont remarqué que 43 femmes, soit 27% de leurs statistiques étaient porteuses d'anomalies cliniquement décelables du Bassin (30 de celles-ci avaient un rétrécissement du détroit inférieur avec un arc pubien trop étroit).

Et, à ce propos, nous désirons dire à nouveau qu'une trop forte antéversion pelvienne ou surtout une symphise de hauteur trop grande, à direction trop horizontale sur la femme debout, nous semblent déterminer dans certains cas des déchirures complètes compliquées du périnée. Nos études ne nous ont cependant pas apporté jusqu'ici d'éléments suffisamment précis pour que nous puissions être catégoriques.

- Conceptions du Docteur MUSSET.

Les conceptions de notre maître, le Docteur MUSSET, sont basées sur l'étude étiologique d'un nombre important de déchirures complètes anciennes ou récentes du périnée et sur des enseignements transmis oralement par M. le Professeur MOCQUOT.

Au dépouillement des observations communiquées par le Docteur MUSSET, nous retrouvons certes la prédominance considérable de l'application de Forceps, mais en réalité nous ne croyons pas que l'on puisse incriminer en elle-même seulement cette application de forceps, car si l'on envisage le nombre considérable d'applications de forceps journellement pratiquées, on se rend compte que l'apparition, dans ces cas, de déchirures complètes compliquées est rare - si bien que, à notre avis, l'intervention ne peut être considérée tout au plus que comme un facteur favorisant et, pour qu'il se produise une déchirure complète du périnée, il est nécessaire que soient présentes des conditions réellement déterminantes que nous classons en 2 groupes tout différents :

- la faute de technique
- et l'anomalie congénitale périnéale.

Les fautes graves de technique sont extrêmement variables, pour ne pas dire innombrables et indescriptibles.

Nous en trouvons des exemples multiples dans des observations du Docteur MUSSET de déchirures complètes anciennes du périnée, rapportées en détail dans la thèse de DUBOST, et nous citerons ainsi :

- Une application de forceps en août 1948 sur une femme de 20 ans (Mme B.... Christiane) avec prises multiples au détroit supérieur sur un fœtus hydrocéphale. Cette basiotrypsie déguisée aboutit à l'extraction d'un fœtus mort et entraîna des délabrements périnéaux considérables.

- Un accouchement fait à la hâte en 1940 durant l'exode sous un bombardement, suivi de déchirure complète non suturée.

- Un éclatement du périnée produit non pas par l'expulsion du fœtus mais par l'introduction brutale dans les voies génitales de la main et de l'avant-bras de l'accoucheur chez une femme Mme N... Janine âgée de 28 ans aux tissus souples et parfaitement constituée.

- Une déchirure complète compliquée du périnée produite par une valve à poids retombant lourdement après un mouvement brutal d'une malade chez laquelle le médecin désirait se rendre compte sans anesthésie de l'importance d'une déchirure du col après l'accouchement.

- Dans nos observations III et IV il s'agit d'applications de forceps exécutées par des étudiants novices qui, dans un cas, n'avaient pas reconnu la variété exacte de position, et dans l'autre cas, avaient réalisé des extractions maladroites et brutales, qui avaient abouti au dérapage du forceps.

Dans tous ces exemples la responsabilité de l'opérateur est grandement engagée car il s'agit manifestement de lésions qu'un opérateur averti aurait certainement évitées.

En revanche, dans un nombre très important de cas, les déchirures complètes compliquées du périnée se produisent à l'accouchement, de fœtus souvent de petite taille, malgré l'intervention d'opérateurs particulièrement habiles et entraînés, dont la responsabilité doit être totalement dégagée.

C'est qu'il existe dans ces cas une prédisposition anatomique spéciale rendant peu évitable la déchirure.

-ANOMALIE CONGENITALE DU PERINEE-

Nous n'envisageons pas d'ailleurs tellement ici les cas manifestes d'hypoplasie génitale dont nous avons déjà parlé, car de telles lésions attirent immédiatement l'attention du clinicien à qui elles inspirent déjà bien avant l'accouchement une méfiance particulière, conduisant à la pratique de larges épisiotomies prophylactiques, parfois bilatérales, ou même à l'indication de césariennes prophylactiques.

Au contraire, nous désirons décrire des lésions beaucoup plus sournoises, très difficiles à reconnaître, si difficile même qu'elles ont pu faire dire à certains que les déchirures complètes compliquées du périnée étaient fréquemment à la fois imprévisibles et inévitables.

BURGER de Strasbourg, exprime ainsi en 1953, à la suite de plusieurs observations, sa conviction que la déchirure totale complète du périnée peut survenir sans que la responsabilité directe de l'accoucheur soit engagée.

Il a constaté en effet que, par fois, les déchirures totales surviennent avant même le moment où la mise en oeuvre des mesures prophylactiques peut être envisagée, car il s'agit dans cette première catégorie de cas de rupture primitive de la cloison recto vaginale apparaissant dès les premiers efforts expulsifs.

BURGER rapporte ainsi l'observation d'une femme de 26 ans, chez laquelle la déchirure s'est produite lors de l'expulsion spontanée d'un fœtus de sexe féminin pesant 2.550 gr., mesurant 47 cm et ce malgré une épisiotomie prophylactique.

Il rapporte un deuxième exemple chez une primipare âgée de 19 ans accouchant spontanément d'un fœtus de 3.400 gr., mesurant 50 cm., sans la moindre éraillure de la fourchette, mais chez laquelle il existe immédiatement derrière la peau périnéale intacte une rupture complète du sphincter et une brèche recto vaginale de plusieurs centimètres.

Il rapporte également l'observation d'un accouchement du siège dans lequel un des pieds est sorti en premier, directement au travers de l'anus.

Dans un deuxième ordre de faits, au contraire, la déchirure complète se produit lors du dégagement et BURGER a observé plusieurs cas où, malgré une large épisiotomie, apparaissait une rupture du raphé périnéal avec lésions du sphincter et du rectum. BURGER pense que ces déchirures sont inévitables malgré les soins et l'attention apportés par un opérateur expérimenté. Il s'explique d'ailleurs mal ces faits et suppose que, dans les cas de rupture primitive de la cloison recto-vaginale, il pourrait s'agir de brièveté anormale du rectum et dans les cas où la déchirure se produit lors de l'expulsion de la tête il pourrait s'agir de faiblesse particulière du raphé périnéal avec insuffisance tissulaire de celui-ci.

BRET, LE LORIER et SENEZE, ayant constaté des lésions rectales primaires se produisant avant toute déchirure des téguments ou du corps périnéal, étudient également la pathogénie des déchirures complètes du périnée qu'ils attribuent parfois à un mécanisme inhabituel : la rupture primitive de la cloison recto-vaginale.

Les auteurs rapportent ainsi quatre observations, deux concernant des accouchements en siège décomplété, les deux autres des présentations céphaliques.

Dans la première observation, il s'agit d'une primipare de 26 ans, porteuse d'un fœtus de petite taille (hauteur utérine : 29 cm.- poids du fœtus à la naissance : 2.800 gr.) en présentation du siège décomplété S.I.D.P., le bassin étant normal. Le travail se déroule très normalement, la progression du mobile fœtal est très facile et l'épisiotomie préventive n'est même pas envisagée car, disent les auteurs " l'expulsion spontanée se déroule très favorablement lorsque, au cours d'un effort, alors que l'anus est béant et laisse à découvert la partie antérieure du rectum, on voit brusquement un pied, puis la jambe effondrer

la paroi rectale et passer au travers de l'orifice anal". Un coup de ciseau incise alors l'anneau vulvaire resté intact, le périnée, l'anus et la paroi rectale demeurés indemnes. Une réparation plan par plan apporte une guérison complète et , lors d'un examen ultérieur, les auteurs constatent l'existence d'une musculature très déficiente avec une paroi vaginale mince.

La deuxième observation concerne une primipare de 29 ans, Mme H... Lucienne, porteuse d'un fœtus (dont le poids se révélera être de 3.020 gr.) en présentation du siège décomplété S.I.G.T. Les auteurs remarquent que le périnée est très résistant, ils injectent du curarisant de synthèse, exécutent une épisiotomie droite et pratiquent de l'expression abdominale. Alors que le bassin fœtal est en grande partie dégagé et que le membre antérieur décomplété émerge, on voit brusquement apparaître le pied postérieur à l'anus et en un instant la jambe s'exteriorise jusqu'au creux poplite. Un coup de ciseau ouvre immédiatement le périnée jusqu'à la rupture de la cloison recto-vaginale dont le siège primitif a été noté comme situé immédiatement au-dessus du sphincter. La réparation immédiate entraîne la guérison malgré l'apparition d'une petite fistule recto-vaginale temporaire.

L'observation n° 3 est celle d'une application de forceps sur une tête engagée en O.I.D.A. au cours de laquelle on constate une distension considérable de l'anus. Malgré une épisiotomie bilatérale, il existe une déchirure complète du périnée mais cependant non compliquée. Le poids du fœtus n'est pas rapporté.

L'observation n° 4, Mme D... Marie Madeleine concerne une primipare âgée de 37 ans, hypertendue et oedémateuse chez laquelle on pratique une application de forceps en O.I.G.A. après incision du col. Au cours de l'extraction la tête étant au petit couronnement et le périnée intact, une brèche intéresse la paroi intérieure du rectum laissant apparaître les cheveux de l'enfant. Un débridement est pratiqué aussitôt. La réparation entraîne la guérison.

Passant en revue la littérature, les auteurs retrouvent une observation de GRABOWIECKI dans laquelle en raison d'une rigidité considérable du périnée, une rupture de la cloison recto-vaginale s'est produite sous la poussée du bras postérieur au cours d'une présentation du sommet. Les auteurs citent également JEANNIN qui rapporte des observations de MORAND concernant trois accouchements faits spontanément à travers une brèche intéressant la paroi rectale et le sphincter anal laissant intact le périnée en arrière de la fourchette, lésions facilitées d'ailleurs par l'existence, dans 2 cas sur 3, de lésions périnéales traumatiques de l'enfance.

De ces observations, BRET, LE LORIER & SENEZE tirent des déductions pathogéniques qu'en raison de leur importance nous rapportons in-extenso :

" Cette série d'observations permet, pensons-nous, de tirer quelques enseignements sur le mécanisme, l'étiologie et l'évolution d'un tel accident. La structure du périnée et de la cloison recto-vaginale ne nous a pas paru fournir d'explications suffisamment démonstratives.

Parmi les observations, il est des cas où le périnée est très résistant, d'autres où il est particulièrement souple, des cas où le périnée est court et d'autres où il est très long.

Il existe dans le périnée distendu, rejeté en avant, au moment de l'expulsion, un point moins extensible, en arrière de la fourchette; c'est le noeud fibreux central du périnée. Si la présentation refoule l'orifice vulvaire très en avant, écarte de façon anormale les releveurs et fait porter la pression maximum à ce niveau, il se produit un éclatement de cette zone réalisant une rupture centrale du périnée, lésion très proche de la rupture de la cloison recto-vaginale par son mécanisme et son évolution.

En arrière de ce noyau fibreux central du périnée existe un autre point de résistance plus important constitué par le sphincter anal qui ne peut malgré sa grande distension, être déchiré que par la propagation d'une déchirure du voisinage. Mais, en arrière l'orifice anal est dilaté pendant l'expulsion et sur lui vient s'étaler la cloison recto-vaginale. La partie basse de cette cloison (triangle recto-vaginal) est attirée et étalée en avant, de sorte que la partie moyenne (région du cap anal) est là directement en rapport avec l'orifice anal ; c'est une zone faible puisqu'il n'existe guère que la paroi vaginale distendue et en arrière une muqueuse rectale peu épaisse à ce niveau (zone sous-péritonéale du rectum).

D'autre part, l'orifice anal peut être rapporté en avant soit de façon constitutionnelle, soit sous la poussée en arrière du mobile foetal qui refoule le périnée sans dilater la vulve.

L' état anatomique ne paraît pas suffisant pour expliquer la lésion, il semble que l'axe de poussée du mobile foetal puisse être reporté plus en arrière que normalement et ceci est particulièrement évident lorsque, dans les présentations du siège, le membre antérieur est relevé et forme attelle. Certains éléments enfin, le bras postérieur dans les présentations du sommet, le pied postérieur dans les présentations du siège complet, favorisent la création de la lésion recto-vaginale. Il est à remarquer en effet que, dans la plupart des observations, ils sont responsables de l'effraction " .

GODEL, dans sa thèse (contribution à l'étude des ruptures isolées de la cloison recto-vaginale et du rectum au cours de l'accouchement), étudie ce même mécanisme des déchirures complètes compliquées du périnée. Mais dans son travail, il s'est inspiré très largement des idées de BURGER & DE BRET, le LORIER & SENEZE, qu'il ne fait pratiquement que rapporter sans rien y ajouter de neuf.

Nos conceptions, à la suite de l'enseignement du Docteur René MUSSET, s'écartent délibérément des opinions précédentes que nous nous proposons de discuter.

Nous relevons, en effet, dans les déductions de BRET, LE LORIER & SENEZE, des contradictions certaines, et un manque de clarté dans leurs expositions pathogéniques qui rend celles-ci peu convaincantes.

Nous devons noter en effet que toutes les observations rapportées par ces auteurs, ne correspondent pas toujours à une rupture primitive de la cloison recto-vaginale, comme ils le laissent penser. En effet, dans leur observation n° 3, il n'existe pas, selon la définition stricte du terme, de périnée complet compliqué, puisque si le sphincter est bien atteint, en revanche la paroi rectale est indemne.

BRET, LE LORIER & SENEZE uisent de même que l'état anatomique ne leur paraît pas suffisant pour expliquer la nature des lésions, alors qu'à la ligne sus-jacente, ils assurent que l'orifice anal peut être reporté plus en avant soit de façon constitutionnelle, soit sous la poussée trop en arrière du mobile foetal ; d'autre part, ils s'efforcent de décrire l'existence de zones anatomiques faibles au sein du périnée.

BRET, SENEZE & LE LORIER qui assimilent en un paragraphe les déchirures de la cloison recto-vaginale aux déchirures centrales du périnée en proposant cependant 2 mécanismes radicalement opposés, la déchirure centrale se produisant au niveau du point maximum de résistance, la rupture de la cloison recto-vaginale se produisant au niveau d'un point faible dont ils donnent la description.

Sans insister sur ce paradoxe, nous tenons à affirmer que nous ne croyons pas à la réalité du point faible décrit par ces auteurs. Si cette zone de moindre résistance existait authentiquement, les déchirures obstétricales se produiraient en règle dans cette région, ce qui, Dieu merci, ne correspond nullement à la réalité.

Au cours de tout accouchement, il est constant, en effet, de noter, lorsque la tête appuie sur le périnée et commence à distendre l'orifice vulvaire, la dilatation de l'anus et l'exposition, au fond de cette couronne anale, de la paroi antérieure distendue du canal anal.

L'extrême rareté de la déchirure rectale alors que le périnée est indemne s'explique tout d'abord par le fait que la paroi postérieure du vagin, la cloison r.v. et la paroi antérieure du rectum sont très élastiques et extensibles. Mais elle s'explique aussi par le fait que la paroi postérieure du vagin, la cloison r.v. et la paroi ant. du rectum ne sont pas des zones qui supportent un maximum de pression. En effet, ce n'est pas la cloison r.v. ni la paroi rectale qui forment obstacle. La physiologie de la descente, de la rotation intra pelvienne et de l'expulsion nous apprend, en effet, que la présentation appuie fortement sur les éléments les plus solides du pelvis = système musculo aponévrotique ischio-coccygien, fibres pubo coccygiennes du releveur et noyau central du périnée, qui dirigent les évolutions du mobile foetal. Ce sont donc seulement ces éléments qui forment obstacle, c'est donc sur eux que porte l'effort expulsif et ce sont eux qui cèdent ou résistent.

Nous pensons, quant à nous, que les déchirures complètes compliquées du périnée se produisent dans trois circonstances différentes :

- en règle, et ces cas correspondent à la très grande majorité, il s'agit de déchirures, qui, localisées primitivement à l'hymen et à la fourchette filent ensuite au niveau du sinus rétro-périnéal point faible et paramédian de DOLERIS et de LENOBLE, pour atteindre ensuite le corps périnéal en entier déchirant enfin le sphincter et la paroi rectale un peu latéralement.

- dans quelques cas exceptionnels, on peut observer la production de lésions graves du corps périnéal et du rectum, préalablement ou même indépendamment de toute lésion cutanée dans deux ou trois circonstances différentes : soit qu'il s'agisse d'une déchirure primitive sous-cutanée des éléments musculo apo-névrotiques du corps périnéal étendue à la cloison recto-vaginale et au rectum, soit qu'il s'agisse, comme l'ont observé BRET, LE LORIER & SENEZE, d'une déchirure primitive de la cloison recto-vaginale sous la poussée anormale et très localisée d'une région acuminée et saillante, du mobile foetal = coude postérieur en position anormale, talon dans les présentations du siège, qui crèvent en quelque sorte la cloison recto-vaginale, mise en tension.

Mais ce que nous désirons démontrer, c'est que dans tous les cas de déchirures compliquées du périnée qui ne s'expliquent pas par une erreur de technique, il existe, quel que soit leur mode de production, une prédisposition anatomique congénitale qui est véritablement responsable de l'étendue des dégâts. Cette prédisposition anatomique, que le Dr. MUSSET, à la suite du Pr. MOCQUOT, pense avoir mise en évidence, est la brièveté anormale de la distance ano-pubienne.

Normalement, selon POIRIER & JONNESCO, l'anus se trouve situé à 2cm,5, en avant du coccyx et à 6 cms en arrière du bord inférieur de la symphise pubienne.

Or, nos études nous ont montré que cette situation de l'anus, au sein du périnée, est aussi variable que la situation de l'ombilic au sein de l'abdomen.

De même qu'il existe des distances ombilico-pubiennes longues ou courtes, facilitant ou gênant l'abord chirurgical des organes pelviens, de même il existe des distances ano-pubiennes longues ou courtes qui facilitent ou contrarient l'expulsion du foetus.

Dans 14 observations sur 30 qu'il a publiées de déchirures complètes anciennes du périnée, le Dr. MUSSET a relevé 14 fois une distance ano-symphysaire anormalement brève inférieure même à 4 cms dans 3 cas.

Dans la majorité des 16 autres cas, une faute de technique indiscutable pouvait être relevée.

Certaines observations de ces prédispositions congénitales illustrent parfaitement le mécanisme des déchirures :

- tel le cas d'une jeune femme accouchée par un obstétricien de grand renom qui, après extraction d'un fœtus de 2.500 gr. présenta des lésions telles que 2 opérations successives échouèrent avant qu'une intervention utilisant la technique de MOCQUOT, permette d'obtenir la guérison. L'anomalie périnéale, était, selon M. MOCQUOT qui opéra la malade, particulièrement évidente et accentuée.

- Deux autres malades, jumelles homozygotes furent accouchées de fœtus normaux par 2 obstétriciens différents. Toutes deux présentèrent des déchirures périnéales compliquées si graves qu'il fut jugé indispensable de pratiquer chez l'une d'elles du moins, une colostomie préalable à l'intervention réparatrice ; la distance ano- pubienne chez ces deux jumelles était respectivement de 4 cm,4 et 4 cm,9.

- Citons également cette malade qui, opérée pour la première fois par le Professeur MOCQUOT, devint enceinte à nouveau et fut accouchée par un obstétricien de qualité qui refusa le bénéfice d'une césarienne prophylactique, en assurant à l'avance qu'une large épisiotomie écarterait tout danger. En réalité, il se produisit, malgré cette précaution, une nouvelle déchirure compliquée qu'une intervention itérative réussit heureusement à guérir une fois de plus.

Parmi les 6 observations de déchirures périnéales récentes complètes compliquées que nous rapportons, nous relevons dans 2 cas une faute de technique indiscutable : il s'agit des observations III et IV.

Dans une autre observation (N° V), il s'agissait d'une malade porteuse de lésions périnéales cicatricielles importantes et inextensibles secondaires à des déchirures périnéales anciennes, chez laquelle on commit l'erreur d'abandonner l'accouchement à son évolution spontanée sans pratiquer d'épisiotomie prophylactique.

Dans l'observation n° VI, la lésion rectale est secondaire à une déchirure centrale du périnée, à laquelle fut opposée trop tard une épisiotomie timide.

Les observations I et II sont, en revanche, particulièrement démonstratives : il s'agit d'accouchements pratiqués en ville par le Dr. René MUSSET (accouchements de fœtus pesant respectivement 3.300 gr. et 3.650 gr.), à l'occasion desquels se produisirent malgré de larges épisiotomies prophylactiques et les plus grandes précautions dans le dégagement des déchirures complètes compliquées du périnée.

Au cours de ces deux accouchements, le Dr. MUSSET vit les déchirures s'étendre progressivement jusqu'à la paroi rectale, à son grand désespoir, mais quoiqu'il fasse et sans qu'il puisse absolument s'y opposer. La distance ano-symphisaire était respectivement chez ces deux malades de 4 cms et de 4 cms,6. Une de ces malades (observation N° 1, distance ano symphisaire de 4 cms) accoucha une seconde fois prématurément au terme de 8 mois 1/2 d'un foetus de 2 kgs,400. Au cours de ce deuxième accouchement, des déchirures périnéales importantes se reproduisirent, malgré l'exécution d'une très large épisiotomie et malgré toutes les mesures de prudence et les soins apportés lors du dégagement au cours duquel le Dr. MUSSET désespéra presque, à un moment, d'éviter une nouvelle déchirure de la paroi rectale.

Nous croyons enfin avoir trouvé une nouvelle et démonstrative confirmation de nos conceptions grâce à l'obligeance et l'amabilité de MM. BRET et collaborateurs. Ces auteurs réussirent en effet à convoquer pour examen de contrôle 2 des 4 malades dont ils publièrent les observations dans l'important article que nous avons analysé. Chez ces 2 malades, nos mesures révélèrent une indiscutable brièveté de la distance ano-pubienne mesurée à 4cms,3, pour Madame Lucienne H..... (observ. N° 2) et 4cms,7 pour Mme Marie-Madeleine D.....(obs. N° 4).

En conclusion, nous pensons fermement et nous nous excusons de le rappeler encore, que les déchirures complètes compliquées du périnée s'observent soit à la suite d'une faute grave de technique, soit à la faveur d'une prédisposition congénitale qui est fréquente.

Les autres facteurs étiologiques-primiparité- application de forceps, poids du foetus, ne représentent que des facteurs contingents, car il est bien évident que de nos jours, une application de forceps sur une tête engagée chez une primipare ne doit pas entraîner de lésions graves (en dehors d'anomalie périnéale). C'est dire l'importance de reconnaître cette anomalie congénitale.

Il est des cas où elle est absolument évidente et patente, mais ces éventualités sont rares et correspondent aux cas d'hypoplasie vulvo-vagino périnéale très accentués :

Il s'agit de femme souffrant fréquemment de dyspareunie primaire parfois très accentuée et chez laquelle le simple examen met en évidence un manque de développement global de toute la région vulvo périnéale avec étroitesse considérable de l'orifice vaginal, trouble du développement des petites lèvres réduites à 2 petits lambeaux triangulaires, manque de développement des grandes lèvres recouvertes de quelques poils clairsemés. A titre d'exemple, nous citerons l'observation d'une femme de 21 ans, Madame G..... Monique, venue consulter pour dyspareunie primaire orificielle très accentuée, puis ultérieurement pour une grossesse. Le Dr. MUSSET constata chez cette malade une hypoplasie vulvo vagino périnéale absolument considérable, avec un orifice vaginal ne permettant pas le toucher bidigital et une atrophie des culs de sacs vaginaux - le Dr. MUSSET ayant constaté, posa les indications d'une opération césarienne prophylactique.

Mais ces cas sont rares pour ne pas dire exceptionnels. Et, comme nous l'avons déjà signalé, l'anomalie congénitale habituelle est de reconnaissance très difficile si l'on ne pense pas systématiquement à la rechercher.

Elle s'observe en effet chez des femmes de morphologie extérieure absolument normales, souvent très féminines, à la stature élevée. Chez de telles femmes la toison pubienne est normalement développée atteignant latéralement largement les plus inguinaux, les grandes et les petites lèvres sont normales, voire même parfois très florides, le clitoris est parfaitement constitué- l'orifice vaginal permet facilement le toucher bidigital et il n'existe aucune dyspareunie orificielle- le corps périnéal apparaît également de dimension et de textures habituelles, sa morphologie n'évoquant aucune anomalie au premier abord. Le seul élément anormal, mais il est d'importance considérable, est donc représenté par la situation trop antérieure de l'anus, distant de moins de 6 cms du bord inférieur du pubis, l'anomalie étant d'autant plus marquée que cette distance ano-pubienne est plus faible. Cette distance doit se mesurer avec un compas d'épaisseur, dont une des branches est placée au centre de l'orifice anal et l'autre en regard du bord inférieur de la symphise pubienne soigneusement repérée.

Les distances inférieures à 5 cms devant immédiatement faire redouter l'apparition de lésions sévères au moment de l'expulsion. Notons à ce propos que si la brièveté de la distance ano symphisaire semble résumer toute l'anomalie, nous avons cependant observé avec une certaine fréquence une tendance, dans ces cas, à l'antéversion pelvienne et surtout à une hauteur exagérée de la face antérieure de la symphise. Mais il s'agit là d'éléments à propos desquels nous ne sommes pas encore en mesure de donner des précisions ni des chiffres statistiques suffisants.

Mais si l'anomalie est déjà difficile à détecter en elle-même, nous devons insister très fortement sur le fait qu'il n'est réellement possible de la reconnaître et de la définir que chez des femmes non enceintes ou n'ayant pas encore atteint le 3ème mois de la grossesse. Passé ce terme en effet, des modifications gravidiques périnéo-vulvo-vaginales (hypertrophie, oedème, varices vulvaires, hémorroïdes, etc...) sont telles que toutes tentatives de mesure se révèlent impossibles et dénuées de valeur pronostique.

Nous avons ainsi mesuré à la salle de travail au début de l'accouchement la distance ano-symphisaire de nombreuses parturientes, et nous nous sommes absolument rendu à l'évidence qu'aucune déduction sérieuse ne pouvait être tirée quant à la facilité de l'expulsion, les mensurations au début de travail n'ayant aucune mesure commune avec les mensurations réelles et permanentes relevées chez la femme non enceinte.

Ces notions de reconnaissance difficile de l'anomalie congénitale et d'impossibilité de la mettre en évidence au moment de l'accouchement, expliquent à notre sens les opinions de BURGER et de BRET, LE LORIER & SENEZE, pour qui les déchirures complètes compliquées sont fréquemment à la fois imprévisibles et inévitables. C'est, en effet, seulement lors

../..

d'un examen prénatal très précoce qu'il est possible de les prévoir, ou lors d'un examen postnatal qu'il est possible d'expliquer la facilité de leur production en mesurant très attentivement la distance ano symphisaire, même chez des femmes apparemment bien constituées.

0

0 0

ASPECT CLINIQUE DES DECHIRURES COMPLETES COMPLIQUEES RECENTES
DU PERINEE ET LEUR EVOLUTION

Soupçonnée et redoutée déjà lors de l'expulsion du fœtus, la déchirure complète compliquée n'est réellement précisée qu'après la délivrance, grâce à une exploration méthodique, menée sous anesthésie, après aseptie de la région, en s'aidant de valves au besoin, et après avoir mis en place un tampon intra-vaginal afin d'éviter un écoulement sanguin gênant.

L'exploration permet ainsi de mettre en évidence les différentes lésions :

- les lésions muqueuses vulvo-vaginales sont toujours très importantes : il est assez rare que la muqueuse vaginale présente une seule déchirure, habituellement paramédiane, le plus souvent existent deux déchirures paramédianes, de chaque côté de la colonne postérieure du vagin longues de 4 cms, fréquemment irrégulières et déchiquetées avec des décollements profonds de la muqueuse.

- la lésion cutanée, qui prolonge en arrière la déchirure de l'hymen et de la fourchette est en règle médiane, plus ou moins contuse, parfois en baïonnette en cas d'épisiotomie trop tardive,

- tous les plans musculo- apo- névrotique du corps périnéal sont intéressés mais l'élément essentiel réside en l'atteinte du sphincter de l'anus qui est toujours sectionné un peu latéralement : l'extrémité interne du sphincter rompu se trouve ainsi en relief sur les tissus environnants, l'extrémité externe au contraire est souvent rétractée au fond d'une petite fossette.

- enfin une lésion capitale : la cloison recto- vaginale et le rectum sont intéressés ; la déchirure du rectum, plus ou moins étendue, ne dépasse habituellement pas 3 ou 4 cms, elle est en forme de V renversé en général moins haute que la plaie vaginale, mais l'anus est rendu béant et prend la forme d'une demi-circonférence ouverte en haut.

Vagin et rectum communiquent donc plus ou moins largement en un cloaque dans lequel la cloison recto-vaginale forme un éperon de hauteur variable.

Insistons cependant sur le fait que les surfaces cruentées sont souvent déchiquetées et irrégulières.

L'examen clinique doit mettre en évidence tous ces éléments, sans manquer de rechercher la possibilité de lésions graves associées :

- déchirures des culs de sacs vaginaux
- lésions de la cloison vésico-vaginale et de la vessie
- thrombus vaginal.

EVOLUTION -

Si la réparation a été immédiatement et correctement exécutée, l'évolution doit se faire en règle vers la guérison, par première intention.

Il n'en est cependant pas toujours ainsi, soit que des lésions aient été abandonnées à leur évolution spontanée, soit que leur importance ait été mal connue, soit plus souvent encore, que la technique de réparation ait été insuffisante ou défectueuse.

L'infection ne tarde pas à se produire vers le 3ème ou le 4ème jour des suites de couches : les tissus s'oedèment, les fils coupent, la désunion se produit, exposant les tissus grisâtres en même temps que l'incontinence anale se révèle d'emblée totale - la malade ne pouvant contrôler l'issue des matières et des gaz.

Peu à peu les tissus mortifiés s'éliminent, la plaie bourgeonne et, au bout d'un temps variable, mais toujours assez long de 2 à 3 mois environ, l'aspect de la déchirure complète compliquée du périnée est réalisé.

L'incontinence qu'elle entraîne est variable : parfois totale aux gaz et aux matières même solides, elle est le plus souvent limitée aux gaz et aux matières liquides. Il n'en reste pas moins que le trouble fonctionnel est extrêmement pénible, retentissant gravement sur le psychisme, d'autant plus qu'il s'agit de femmes jeunes, gênées dans leur vie génitale par cette infirmité.

L'examen montre la béance anale en avant, les plis radiés ne persistant que sur la moitié postérieure de l'anus ; le corps périnéal a totalement disparu, remplacé par une simple bride bi-muqueuse adossant paroi vaginale postérieure et paroi antérieure du canal anal. Le sphincter rétracté n'entraîne plus que la semi-circonférence postérieure de l'anus, l'extrémité de ses deux chefs peut être repérée grâce à la présence de

.../...

deux petites fossettes visibles de chaque côté de l'anus. Parfois existe en outre, surtout dans les cas où des tentatives de réparations ont abouti à une désunion secondaire, une fistule recto-vaginale toujours très basse, limitée à sa partie inférieure par quelques minces brides vaginales.

JEANNIN, et quelques auteurs ont pu observer des cas de guérison spontanée de déchirures recto-vaginales au cours de l'accouchement :

" Ces déchirures recto-vaginales, dit-il, peuvent guérir spontanément et complètement, une telle éventualité se rencontre alors même que les délabrements étaient très étendus. La cicatrisation peut s'opérer très rapidement, toute communication entre le vagin et le rectum cessant alors dès les premiers jours des couches ".

En réalité, il ne faut pas compter sur des résultats aussi heureux. Tout au plus existe-t-il parfois une adaptation fonctionnelle due, soit à la tonicité particulière des releveurs qui ont été épargnés par la section médiane du corps périnéal, soit plus souvent du fait du caractère rigide et scléreux de la bride d'accolement au rectum et à la paroi vaginale postérieure qui offre un point d'appui suffisant à la contraction du sphincter rompu. Dans de tels cas, l'incontinence est nulle ou faible, mais nous le répétons, ces éventualités sont exceptionnelles, l'incontinence plus ou moins marquée représentant l'aboutissement habituel de ces déchirures graves du périnée.

0

0 0

TRAITEMENT DES DECHIRURES COMPLETES COMPLIQUEES
RECENTES DU PERINEE PRECONISE par le Dr. René MUSSET

Au cours de ce chapitre thérapeutique, nous ne rappellerons pas les différentes techniques que nous avons envisagées dans notre étude historique de la question, mais nous rapporterons seulement les opinions et les directives de notre maître le Docteur MUSSET.

Le traitement des déchirures complètes compliquées récentes du périnée est double :

curatif et prophylactique.

Nous envisagerons successivement ces deux points de vue.

Traitement curatif -

1°: Le choix du moment de l'opération est très important.

- Selon notre maître le Docteur R. MUSSET, le moment optimum de l'intervention restauratrice se situe immédiatement après l'expulsion du placenta dont l'intégrité a été préalablement vérifiée.

- Afin de profiter de l'anesthésie qui accompagne habituellement de nos jours l'expulsion du fœtus, certains ont proposé de réparer immédiatement les dégâts périnéaux avant même le décollement ou l'expulsion du délivrement. Cette technique est à rejeter complètement, car la réparation minutieuse et convenable d'une déchirure complète compliquée du périnée est relativement longue. Le décollement spontané du placenta aurait donc des chances de se produire avant que se soit achevée l'intervention, gênant ainsi beaucoup la bonne conduite de l'opération, sans compter qu'une éventuelle complication de la délivrance pourrait parfois conduire à la pratique d'une délivrance artificielle ou d'une révision utérine- manoeuvres certes à éviter soigneusement, car l'introduction de la main dans les voies génitales n'est guère souhaitable, après la délicate réparation des déchirures complètes compliquées.

../..

- La réparation secondaire dans les suites de couches a été préconisée par certains, dans les cas où l'on a été amené à examiner trop tardivement l'accouchée, ou dans les cas de désunion d'une suture exécutée de suite après l'accouchement. Les différents auteurs partisans de ces interventions secondaires n'opèrent cependant qu'après un traitement curatif intensif ; lorsque la plaie est rouge, bourgeonnante, de bon aspect et qu'un contrôle bactériologique en a montré l'évolution aseptique. BRET rapporte ainsi d'heureux résultats de réparations secondaires, GODLEWSKY en rapporte également un cas. Notre maître, le Docteur R. MUSSET, rejette, en revanche, ces réparations secondaires sur des tissus en réalité encore toujours infectés, généralement oedématisés et saignant très facilement, soumis encore à l'inhibition gravidique, chez des femmes présentant parfois des lochies abondantes.

Mieux vaut, dans ces conditions, attendre la cicatrisation spontanée des lésions et n'intervenir qu'après plusieurs mois, chez une femme qui n'allait plus- dont les voies génitales ont recouvré une trophicité normale et dont le cycle est normalement réapparu.

En conclusion, c'est donc immédiatement après la délivrance complète, spontanée ou artificielle, que se place le moment de choix de l'intervention réparatrice.

2° : Les préparatifs de l'intervention sont importants :

L'anesthésie doit être une anesthésie parfaite, administrée par un anesthésiste spécialisé compétent. Peu importe l'agent anesthésique (cyclo-propane - éther- penthotal) pourvu que cette anesthésie apporte un silence abdominal et un relâchement complet.

La malade est placée en position gynécologique, le siège légèrement surélevé- le champ opératoire doit être préparé avec le plus grand soin : désinfection cutané-muqueuse complète, mise en place de champs exactement comme il est habituel de le faire pour une opération périnéale de grande chirurgie.

Deux aides apportent des facilités très grandes, mais une seule assistance peut suffire pour mener à bien très correctement l'opération.

Un écoulement sanguin abondant venant de l'utérus, gêne parfois la visibilité des lésions et contrarie leur réparation. Une perfusion de sérum glucosé contenant 5 unités de post hypophyse, obvie souvent à cet inconvénient, en provoquant une rétraction intense de l'utérus ; mais, en réalité, il suffit souvent de placer au fond du vagin, dans le col, un tampon de compresses que l'on change plusieurs fois en cours d'opération et qui évite l'inondation du champ opératoire.

3° : Technique opératoire proprement dite :

Premier temps : réparation du rectum.

Cette réparation est menée très soigneusement de haut en bas, du sommet de la déchirure rectale jusqu'à la ligne ano-cutanée.

Un premier point de nylon 000 est passé, grâce à une aiguille courbe sertie qui pique successivement la muqueuse rectale, puis la totalité de la paroi rectale du côté droit de la déchirure, tout près de son angle supérieur pour prendre la paroi rectale du côté gauche dans son ensemble et ressortir au travers de la muqueuse au bord de la déchirure. Au cours de cette manoeuvre, il faut s'efforcer d'éverser nettement la muqueuse dans la lumière rectale et d'affronter largement l'une contre l'autre les parois rectales. Ce premier point placé, près de l'angle supérieur est noué à l'intérieur de la lumière rectale ; un de ses chefs est coupé ras, l'autre, laissé long, est monté sur une pince de Terrier. Le seul poids de cette pince de Terrier, abandonnée à la pesanteur, éverse la muqueuse et adosse fort bien les parois rectales, ce qui facilite l'exécution du 2ème point sous-jacent de 3 à 4 millimètres et pour lequel les mêmes manoeuvres sont répétées.

De proche en proche, la réparation du canal anal est totalement exécutée de haut en bas aux points séparés. Au terme de ce premier temps opératoire, plusieurs fils de nylon 000 sortent par l'anus- les fils rectaux sont placés tous les 3 ou 4 mm.

Deuxième temps : réparation des lésions de la muqueuse vaginale. La réparation doit être reconduite minutieusement et délicatement par une série de points séparés de catgut 0 ou 00 monté sur aiguilles serties. Cette réparation est souvent difficile car la déchirure vaginale est rarement unique et linéaire, mais le plus souvent irrégulière ou contuse et fréquemment bilatérale en forme de H, deux déchirures longitudinales de chaque côté de la colonne postérieure du vagin étant réunies par une déchirure transversale sous hyménéale. Il est donc indispensable que l'aide expose largement ces lésions, et il est très utile de se repérer sur les débris de l'hymen qu'il faut juxtaposer exactement ainsi que la muqueuse de la fourchette, qui doit être exactement affrontée - les derniers points : les plus bas situés sur le vagin, changent les tissus plus largement qu'à l'extrémité supérieure des déchirures vaginales.

Troisième temps : repérage et suture du sphincter .

Le rectum ayant été reconstitué et le vagin suturé jusqu'à son orifice inférieur, la région de la fourchette ayant été elle-même suturée, les lésions du corps périnéal deviennent clairement exposées. Il est nécessaire alors de repérer soigneusement le sphincter. L'un de ses bouts : l'interne, est le plus souvent en relief dans la plaie, donc immédiatement visible, l'autre bout : l'externe, est au contraire fréquemment rétracté, et il importe de le rechercher soigneusement.

La réparation du sphincter peut être conduite de deux façons. Dans une première manière, et c'est peut-être le procédé de choix, on passe à l'aide d'une aiguille courbe sertie de catgut 0, un point en X qui prend les deux chefs de ce sphincter. L'intérêt du point en X est d'éviter que la traction exercée par la suture ne coupe les fibres du sphincter. C'est le procédé auquel nous avons habituellement recours en ne fixant le sphincter que par un seul point.

Le deuxième procédé tend à éviter l'inclusion de catgut au sein de la plaie et la réparation du sphincter est exécutée par un crin de Florence passé en 8 de chiffre au travers du sphincter puis de la peau, et dont l'ablation pourra être facilement réalisée quelques jours après.

Quatrième temps - réparation du corps périnéal rompu et suture cutanée.

Cette réparation s'effectue en un seul plan au fil non résorbable de façon à éviter la formation de tout espace mort et à éviter l'inclusion de tout matériel de suture (catgut surtout).

Des crins fins totaux sont passés en 8 de chiffre selon le procédé suivant : une aiguille de Reverdin, courbe et fine, charge successivement de chaque côté de la déchirure - les tissus musculo-apo-névrotiques sous-cutanés, exactement en vis-à-vis. Puis l'aiguille de Reverdin pique la peau du côté gauche de la plaie, près de son bord libre et prend le crin qui a chargé les tissus musculaires du côté droit. La même manoeuvre est répétée du côté opposé.

3 ou 4 crins totaux sont ainsi passés sur toute la hauteur de la déchirure du corps périnéal - le point supérieur est passé très exactement à la limite inférieure de la fourchette, le point inférieur passé près de la ligne ano cutanée a chargé un peu du périnysium du sphincter anal. Tous les points sont ensuite noués en 8 de chiffre : très modérément serrés, ils affrontent cependant exactement la peau et les tissus musculo aponévrotiques sous-jacents.

Soins post-opératoires -

Les soins post-opératoires très importants, comportent : l'attribution d'antibiothérapie- l'administration d'un régime spécial- des soins d'hygiène locale attentifs.

Le traitement antibiotique peut être divisé en antibiothérapie locale, vaginale et intestinale et générale.

../..

L'antibiothérapie générale n'est peut être pas indispensable si la plaie a été réparée de suite avec une technique minutieuse de grande chirurgie. Elle nous semble cependant représenter une sécurité du fait que la déchirure a été souillée dès sa production par les matières intestinales qui s'échappent toujours lors d'un accouchement, par le liquide amniotique plus ou moins infecté et les manoeuvres obstétricales. Aussi conseillons-nous l'administration standard d'une antibiothérapie comprenant pro die, 2 millions d'unités de pénicilline et 1 gr. de streptomycine - la cavité vaginale doit être aseptisée et on a le choix entre l'utilisation de la bouillie lactique qui a fait ses preuves de longue date ou d'antibiotiques : 1162 F, ou mieux, comprimés gynécologiques à la Terramycine, auxquels nous donnons la préférence. Un comprimé gynécologique à la Terramycine à 100 mmgr., placé matin et soir dans le vagin profondément avec une pince de Péan, aseptise parfaitement la cavité vaginale facilement souillée par les lochies, et prévient de ce fait une infection secondaire de la plaie. La désinfection intestinale représente un adjuvant thérapeutique des plus importants et nous conseillons l'administration quotidienne pendant 5 à 6 jours, de Sulfaguaniidine ou de Sulfasuccythiazol à la dose de 5 gr. à 6 gr. environ.

L'antibiothérapie focale a été conseillée par certains (BRET) qui placent à demeure une aiguille hypodermique dans la plaie pour injecter quotidiennement des antibiotiques fungiques. Cette thérapeutique nous semble devoir être rejetée car elle est à la fois inutile, douloureuse, et peut même être dangereuse.

Le régime est absolument fondamental: la première question qui se pose à ce propos est de savoir s'il y a intérêt ou non à constiper les malades.

Après expérience, nous rejetons formellement la constipation de ces opérées car la première selle expulsée, après une période plus ou moins longue de constipation, est toujours dure et volumineuse, risquant de provoquer la déchirure du sphincter dont la cicatrice demeure fragile.

Tout au contraire, nous nous efforçons d'obtenir par l'administration abondante d'huile de paraffine ou même de petites quantités d'huile de ricin belladonnée, l'évacuation quotidienne ou même bi-quotidienne, de selles très molles.

Le régime alimentaire représente le deuxième point à prendre en considération. Sans aucun doute, il faut proscrire formellement toute alimentation riche en déchets cellulosiques et ne donner qu'une alimentation ne laissant pas de déchets (fromage, oeufs....).

Les soins d'infirmières acquièrent enfin une importance considérable quant à la qualité des résultats : la toilette doit être faite plusieurs fois par jour très soigneusement - après chaque selle et chaque miction, peut-être même y-a-t-il intérêt à laisser une sonde vésicale à demeure durant quelques jours- les toilettes sont exécutées avec de l'eau bouillie, stérile, à laquelle on pourra adjoindre un peu de solution de Dakin, mais il est de première importance de sécher soigneusement les téguments après cette toilette.

Ablation des fils -

Les fils totaux doivent être retirés entre le 6ème ou le 8ème jour, selon qu'ils coupent ou non. Il peut y avoir intérêt à sectionner simplement le fil au-dessous du noeud et à ne retirer le crin que deux jours plus tard. En tous cas, ces fils ne peuvent être retirés que lorsque la malade a été à la selle spontanément au moins plusieurs fois et n'éprouve plus de difficultés ni de douleurs à évacuer des selles qu'il faut s'efforcer de conserver molles encore quelques jours. Les fils noués sur la muqueuse rectale s'éliminent parfois d'eux-mêmes, ou après faible traction vers le 12ème- 13ème jour, sinon il est nécessaire de les extirper vers la 3ème semaine qui suit l'accouchement. Cette manoeuvre lorsqu'elle est exécutée sur une malade placée en position gynécologique est habituellement des plus aisées à exécuter avec des fins ciseaux à bout mousse, et en tirant légèrement sur les fils qui sortent par l'anus.

Dans quelques cas rares de déchirures remontant très haut, il peut être nécessaire d'utiliser un petit spéculum de vierge, introduit doucement dans l'anus, au besoin en s'aidant d'une anesthésie en Penthotal de courte durée.

N O S R E S U L T A T S

Nous ne pouvons rapporter dans cette thèse que 6 observations. Dans ces 6 observations, les suites opératoires immédiates ont été parfaitement simples et satisfaisantes, il n'y eut aucun cas de désunion ni de suppuration.

La réparation fut très bien tolérée- les fils en 8 de chiffre n'entraînant aucune douleur particulière et les 6 malades quittèrent l'hôpital avec un périnée de longueur normale, parfaitement cicatrisé, un sphincter continent et des fonctions intestinales en tous points normales.

4 de nos malades furent revues à plus ou moins longue échéance; chez toutes ces malades, la réparation est absolument parfaite et très esthétique. Dans les observations I et 2, où le Docteur MUSSET a exécuté lui-même la réparation, la cicatrice était à peine visible. Dans tous les cas, il ne subsistait aucun trouble fonctionnel, le toucher rectal révélait la reconstitution anulaire exacte et la parfaite tonicité du sphincter, ainsi qu'une épaisseur et une tonicité excellentes du corps périnéal dans son ensemble.

Nous pensons, malgré le petit nombre d'observations apportées, que notre technique permet pratiquement, à coup sûr, une réparation parfaite des graves lésions des déchirures complètes compliquées du périnée.

O

O C

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

Le traitement prophylactique que nous proposons s'inspire des conditions étiologiques qui président à la genèse des déchirures complètes compliquées.

Il est donc évident, et nous ne nous étendrons pas, que toute faute de technique doit être évitée et qu'il importe de dégager la présentation en direct avec une extrême lenteur, selon les règles de l'obstétrique classique.

En revanche, l'anomalie congénitale du périnée, qui, nous l'avons vu, facilite l'apparition difficile à contrôler de graves désordres périnéaux, sans qu'ait été commise la moindre faute de technique, doit imposer par sa présence une attitude thérapeutique active.

Nous n'avons pas ici en vue les exceptionnels cas d'hypoplasie génitale extrême qui peuvent imposer l'indication d'une césarienne. Nous en avons déjà rapporté une observation (p. 21). Au contraire, ce que nous désirons mettre en relief, c'est l'anomalie congénitale limitée à une brièveté de la distance ano-symphysaire dûment constatée avant le 3ème mois de la grossesse.

L'attitude dépend de la variété des présentations et du degré de réduction de la distance ano-pubienne.

En cas de présentation du siège, nous estimons que, sauf anomalie extrême, doivent suffire l'injection de curarisant destiné à assouplir le corps périnéal et surtout la pratique d'une épisiotomie, à condition que celle-ci soit réellement prophylactique, c'est-à-dire suffisamment large sectionnant le transverse du périnée et exécutée suffisamment tôt, avant que les tissus ne soient réellement distendus et non pas alors que la déchirure est déjà amorcée.

En revanche, en cas de présentation du siège, décomplété, surtout de la primipare, nous croyons que la constatation d'une brièveté franche de la distance ano-pubienne (c'est-à-dire inférieure à 4cms,5) et reconnue avant le 3ème mois de la grossesse, représente une indication légitime de la césarienne prophylactique.

Reste enfin le problème de la conduite à tenir lors de l'accouchement de femmes qui ont subi antérieurement la réparation d'une déchirure obstétricale complète compliquée.

Nous estimons qu'une épisiotomie est suffisante, si le premier accident s'est produit à la suite d'une faute de technique ou d'une maladresse.

Au contraire, si l'anomalie périnéale est importante (distance ano-pubienne inférieure à 4 cms), si la déchirure s'est produite lors d'un accouchement parfaitement conduit d'un foetus de petite taille, si le foetus de la grossesse en cours est volumineux ou en présentation de siège, ou encore en présentation céphalique défléchie, nous n'hésitons pas à préconiser une indication à la césarienne prophylactique.

En conclusion, si l'épisiotomie prophylactique large représente l'élément de sécurité habituellement suffisant, nous voyons que l'indication de l'opération césarienne peut cependant devenir parfaitement légitime sous certaines conditions. Dans l'étude bibliographique à laquelle nous nous sommes livrés, nous retrouvons d'ailleurs un certain nombre d'auteurs, dont l'Américain BARRETT, qui n'hésite pas à pratiquer une césarienne prophylactique lorsqu'une déchirure complète compliquée est déjà survenue dans les antécédents.

CONCLUSION

A°/ A l'instigation de notre Maître, le Docteur René MUSSET, nous nous sommes efforcés de démontrer que l'étiopathogénie des déchirures obstétricales récentes complètes compliquées du périnée est dominée par les deux facteurs réellement déterminants et provocateurs :

- de faute grave de technique qui engage totalement la responsabilité de l'opérateur.
- ou d'anomalie constitutionnelle et congénitale du périnée qui dégage la responsabilité de l'opérateur.

Les autres causes habituellement invoquées : primiparité, manœuvres obstétricales, poids et présentations du fœtus, ne représentent au contraire que des éléments étiologiques favorisants et contingents.

B°/ L'anomalie congénitale habituelle réside en une situation trop antérieure de l'anus, la distance ano-symphisaire, qui mesure normalement 6 cms, se révélant alors inférieure à 5 cms. Cette anomalie isolée, dont la réalité peut facilement échapper à l'examen clinique, ne se reconnaît que chez la femme non enceinte ou dont la grossesse évolue depuis moins de 3 mois. Passé ce terme, les modifications locales gravidiques rendent difficile toute mensuration valable.

C°/ Nous avons exposé la technique de réparation immédiate du Dr. René MUSSET, inspirée de la technique du Dr. CATHALA et de la technique du Professeur MOCQUOT, de cure de déchirures anciennes du périnée avec incontinence anale. Cette technique nous semble représenter le procédé de choix qui, convenablement exécuté, apporte des résultats pratiquement constants et excellents au triple point de vue fonctionnel, anatomique et esthétique.

0

0 0

OBSERVATION I.-

Madame LE..... Françoise.

Primipare âgée de 21 ans- mince et de taille élevée (1m,62) présentant un bassin absolument normal, avec prés. céphalique en O I G A engagée en fin de travail. Une application de forceps à la vulve en O.P. après épisiotomie, est exécutée le 16 mai 1953 (opérateur R. MUSSET); la prise est facile et très correcte, l'extraction semble devoir se faire aisément. Lorsque la section d'épisiotomie s'agrandit très brutalement en direction du sphincter et du canal anal qui sont largement intéressés- le fœtus extrait, une fille de 3.300, présente des diamètres céphaliques absolument normaux. La réparation des lésions de cette déchirure complète compliquée du périnée est immédiatement effectuée selon la technique usuelle. Les fils sont enlevés au 6^{me} jour, les résultats sont absolument parfaits, tant au point de vue fonctionnel qu'esthétique, et la cicatrice presque invisible un an après l'intervention. Chez cette femme, on se rend compte alors que la distance ano-pubienne est anormalement brève, réduite à 4 cms.

Une deuxième grossesse survient en 1955. Le travail (qu'il avait été décidé de déclencher prématurément en raison de l'anomalie périnéale) se produit de lui-même prématurément au terme de 8 mois 1/2 et aboutit à l'expulsion spontanée d'une fille de 2.400. Au cours du dégagement, une très large épisiotomie se révèle absolument nécessaire en raison de la tension périnéale extrême qui se produit très rapidement et fait redouter l'apparition d'une nouvelle déchirure grave.

Cette observation nous semble un exemple démonstratif du caractère très difficilement évitable de certaines déchirures complètes compliquées du périnée.

OBSERVATION II-

Madame FÉLIX Jacqueline - 28 ans .

Accouche spontanément le 6 Février 1951 d'une fille pesant 3.650. Chez cette femme grande et mince, aux tissus souples, il se produit, malgré une épisiotomie systématique et lors d'un effort expulsif, une déchirure complète compliquée du périnée qui est immédiatement suturée selon la technique habituelle.

La cicatrisation est absolument parfaite, et l'on constate en Avril 1951 un état périnéal absolument satisfaisant. Il existe cependant une incontinence orthostatique d'urine légère qui cédera à la pratique de gymnastique durant 6 mois.

La distance ano-pubienne se révèle de 4cms,6 chez cette malade.

OBSERVATION III.-

Madame BR..... Jacqueline.

Primipare âgée de 24 ans, entre en salle de travail le 25 Juillet 1954 à 5 heures. H utérine = 35 cms, présentation céphalique, début de travail. A 12 heures, une application de forceps TARNIER est décidée en raison de modification des B.D.C. et non progression dans la descente de la tête. La position en O.S. n'est pas reconnue et un élève externe, sans expérience obstétricale, procède à l'extraction d'un garçon vivant de 4.100 gr. On ne pratique pas d'épisiotomie, et il en résulte une déchirure périnéale complète compliquée.

La réparation est immédiatement pratiquée (sphincter au fil d'argent).

La malade est revue le 7 Juillet 1955, elle retient parfaitement les gaz et les matières, le sphincter anal est constrictif, le périnée est souple (il y aura lieu de noter aucune gêne dans les rapports).

La distance ano-pubienne est dans ce cas de 7 cms,5.

La longueur du périnée entre la fourchette et l'anus est de 3cms,5.

OBSERVATION IV.-

Madame BI..... Janine.

Primipare âgée de 20 ans.

Application de forceps TARNIER, exécutée le 8 Février 1954, pour modification des bruits du coeur et non progression de la présentation après 40 minutes d'efforts expulsifs. La prise a été faite en O.I.D.P. au cours de la traction, le forceps dérape brusquement causant une déchirure périnéale complète compliquée.

Extraction d'une fille en O.S., par une deuxième application de forceps. Enfant vivant 3.450 gr.

La réfection périnéale est effectuée immédiatement selon la méthode habituelle.

La malade, malgré 3 convocations, n'a pas été revue.

La distance ano-pubienne n'a donc pu être mesurée.

OBSERVATION V.-

Madame LE M..... Jeanne -

Troisième pare- âgée de 36 ans.

Accouchement naturel à terme le 8 Janvier 1953 d'un garçon pesant 3.200 gr.

Déchirure complète compliquée du périnée survenant sur un périnée cicatriciel.

La malade avait accouché précédemment, en province, en 1938 et en 1942, d'enfants de 3.750 gr. et de 3.000 gr. et avait présenté à chaque fois, des déchirures périnéales importantes.

La distance ano-pubienne était de 6 cms.

La malade n'a pas été revue depuis son intervention.

OBSERVATION VI.-

Madame DU.. Mauricette .

Primipare, âgée de 18 ans 1/2, accouchée le 21 Juin 1954 (par une sage-femme), qui constate lorsque la tête est à petit couronnement, la présence à 5 mm au-dessus du bourrelet anal, d'une déchirure transversale longue de 2 cms.

Une épisiotomie est alors pratiquée trop économiquement.

Expulsion d'un garçon criant aussitôt, pesant 3.260 gr. Lors de la réparation de l'épisiotomie, on note la présence d'une déchirure rectale et du sphincter. On use de la technique habituelle. La malade est revue le 5 Juillet 1954. Elle retient parfaitement les gaz et les matières. Le périnée et le vagin sont complètement cicatrisés. La tonicité du sphincter anal est bonne. La distance ano-pubienne est de 7 cms. La longueur du périnée est de 5 cms.

B I B L I O G R A P H I E

- BAR & BRINDEAU - " De la pratique de l'art des accouchements " (1907-
p. 451, 452).
- BONNET L. - " Traitement des déchirures complètes du périnée " -
(Bulletin et Mémoires de la Sté des chirugiens de Paris -
Tome XXVI- N° 9- 1934- Séance du 18 Mai).
- BRET, LE LORIER, SENEZE -
" Sur un mécanisme habituel des déchirures compliquées du
périnée : de la rupture primitive de la cloison recto-vaginale ".
(Gyn. Obstr. suppl. 1951- 3- N° 2- p. 205 à 209).
- BRINDEAU A. - " La pratique de l'art des accouchements ". (1927- Tome III-
p. 525 à 535).
- BUDIN - " Des lésions traumatiques chez la femme au cours des accou-
chements artificiels " - (Thèse d'agrégation p. 19 et 113).
- BURGER - " La déchirure totale du périnée est-elle toujours évitable " -
(Gyn. Obstr. 1953- 5 - N° 4- P. 484, 85).
- CATHALA - Procédés de suture du rectum au crin de Florence dans les
déchirures compliquées du périnée - (La gynécologie N° 2-
février 1933).
- CHAMPENOIS - Revue médicale - Paris 1830- Lésions obstr. de la cloison
recto-vaginale.
- CHASSAIGNE - Contribution à l'étude des déchirures complètes du périnée
et leur traitement. (Thèse Bordeaux- 1924- N° 84).
- CHOME- Les déchirures du périnée (Leçons du jeudi soir à la clini-
que TARNIER - 1930- P. 45 à 57).
- DELBET - Rupture complète du périnée . (Concours médical, 26 Septem-
bre 1926- p. 2444).

- DOLERIS - Arch. de Tocologie - 1885- p. 174.
- DOUGLASS H.- Réparation des dommages obstétricaux des tissus mous, immédiatement après la naissance (J.A.M.A. 15 Novembre 1952 : 150- N° 11).
- FULSHER & FEARL- Déchirure du 3^{ème} degré en obstétrique (Am. J. Obstr. Gyn. Avril 1955- 69 N° 4- p. 786 à 793).
- GABRIALT Louis-Paul - Des déchirures complètes du périnée - (Bordeaux 1908- n° 146- 64 pages).
- GAILLARD Louis - De la périnéorrhaphie avant la délivrance (Thèse Toulouse 1909).
- GODEL J.L.- Contribution à l'étude des ruptures isolées de la cloison recto-vaginale et du rectum au cours de l'accouchement (Thèse Paris- Mars 1954- n° 183, 74 p.)
- GODLEWSKY- Procédé de réparation d'une déchirure complète compliquée par abaissement du rectum.- (Bull. de gyn. et obstr. Février 1939- p. 103).
- GOULESQUE R.J.- Contribution à l'étude du traitement des ruptures obstr. complètes anciennes du périnée. (Paris, 1940, 52 p.)
- GRABOWIECKI C.- Sur un cas de rupture recto-vaginale au cours d'un accouchement spontané (Central Blatt für gyn. 25 Mai 1912- Tome XXXVI- p. 667- 668).
- HERVET E. - F. cl. des prolapsus génitaux et choix de la technique chirurg. (Gyn. obstr. 1950- p. 459).
- INGRAHAM, H., GARDNER M. & HEUES G.-
Rapport sur 159 cas de déchirures du 3^{ème} degré (Am. Obstr. Gyn. Avril 1949- 57- p. 730 à 735).

- JEANNIN- De la guérison spontanée des déchirures recto-vaginales produites au cours de l'accouchement (Obstr. Avril 1909- p. 278).
- KALTREIDER & DIXON- Technique de réparation des déchirures complètes compliquées (South Medical Journ. 1948- 41- p. 814).
- LAPORTE j.c. Fr. - Contribution à l'étude de la périnéorraphie secondaire précoce (Thèse Bordeaux n° 18- 1943- 44).
- LAWSON TAIT- Traitement clinique des maladies des femmes. (Traduit de l'anglais par le Dr. BETRIX- Paris 1891).
- LEVY J. - Procédé de réparation des brèches recto-vaginales faites au cours de l'accouchement. (Gyn. Obstr. - 1947- p. 228 à 230).
- LIMA de GOUVEA L.R.- Rupture du périnée et épisiotomie (Arc. Brasil. de Méd. - Mai- Juin 1945- 35- p. 155 à 159).
- MARTIUS H.- Protection du périnée et épisiotomie.
(Deutsch Med. Wochenshift- Août 47- p. 453-454- 72).
- MAYGRIER- Des lésions de la cloison recto-vaginale (déchirures et fistules) pendant l'accouchement et les suites de couches (1'Obstétrique 1899- janvier p. 27 à 41).
- In traité de l'art des accouchements (Tarnier- Tome III- p. 376).
- MILLER F.- BROWN W. & ARBOR-

Le traitement chirurgical des déchirures compliquées du périnée (Am. J. Of. Obstr. and gyn. 1937).
- MORAND- De la rupture centrale du périnée (Thèse Paris 1869).
- NICOLITCH N.- Les déchirures du périnée consécutives aux applications de forceps (Thèse Paris 1924- N° 387).
- NOTTER A. & CHARVET F.- Périnéorraphie secondaire précoce (Revue française - Gyn. Obstr. Nov. Déc. 1951- p. 385 à 387).

- NULTY James - Déchirures du 3ème degré à la délivrance, considérations étiologiques et technique de réparation (California Med. Nov. 52- Vol. 77- N° 5- p. 326 à 329).
- PEREL J.- Périnéorraphie immédiate spontanée ou tardive (Sem. hop. Paris 26- n° 8- p. 340- 30 Janvier 1950).
- PHANEUF L.E.- Le traitement chirurgical des déchirures complètes du périnée (Gyn. Obstr. 20- p. 587 à 90- Nov. 1929).
- Réparation des fistules recto-vaginales et des déchirures complètes du périnée (Am. J. of Surg. Avril 1944)
 - Déchirures du périnée et leur réparation (Surgery gyn. and obstr. Septembre 1945).
 - Chirurgie vaginale plastique dans le tt. des déchirures et déplacements de l'appareil génital fém. (Am. gyn. Obstr. - Nov. 1950- p. 1068 à 1087).
- PIERING- Déchirure du vagin pendant l'accouchement (Journ. d'accouch. de Liège 1892- p. 46).
- PIGEAUD, NOTTER & CHARVET-
Suture secondaire précoce du périnée.
(Gyn. Obstr. 1950- 2- n° 4- p. 444)
- PIGEON R.L.- Prophylaxie des déchirures périnéales par les applications du forceps. Thèse Paris 1950- n° 107.
- POHJALA- Sur les déchirures graves du périnée. (Ann. chir. et gyn. Fenniae Suppl. 49- p. 373- 406- 38)
- POZZI S. & JAYLE F.- Traité de gynécologie opératoire et clinique - Tome II- p. 1252- 1907).
- RAVINA J.- Les déchirures complètes du périnée au cours de l'accouchement (La médecine - Avril 34- p. 306 à 310).
- ROYSTON- Réparation des déchirures complètes du périnée - (Am. S. Obstr. and gyn. 1930- 19- p. 185 à 195).
- SCHWARTZ A.- De la rupture totale du périnée avec rupture du sphincter anal (Paris Médical - 7 août 1948- 38- n° 29- p. 361- 362).

SOKOLOFF V.- De la déchirure centrale du périnée (Thèse Paris 1910).

VERNEUIL- Mémoires de chirurgie -(Tome 1- p. 951- 964).

VIGNES H.- La réparation des déchirures périnéales-
(Progrès méd. II- Nov. 1939- 44- 45- p. 1269).

